



## Nabywanie wiadomości na temat rozwiązywania problemów związanych z chorobą – porównanie metody treningu behawioralnego i psychoedukacji w grupie osób chorych na schizofrenię

*Health-related problem solving – knowledge acquisition in behavioral training and psychoeducation groups of schizophrenia patients*

KATARZYNA SPIRIDONOW, BEATA KASPEREK, MAŁGORZATA CHĄDZYŃSKA,  
JOANNA MEDER

Z Zakładu Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** Porównano poziom nabywania umiejętności rozwiązywania problemów związanych z chorobą w dwóch grupach pacjentów: (1) uczestniczącej w behawioralnym treningu radzenia sobie z objawami choroby i (2) uczestniczącej w psychoedukacji prowadzonej metodą dyskusyjną. W badanej grupie pacjentów trening radzenia sobie z objawami choroby okazał się skuteczniejszą metodą uczenia pacjentów rozwiązywania problemów związanych z chorobą niż psychoedukacja. Ponadto poziom nabywania wiadomości miał niewielki związek z poziomem nasilenia objawów psychopatologicznych w obu grupach, zarówno w badaniu początkowym jak i końcowym.

**SUMMARY.** Acquisition of health-related problem solving skills was compared in two groups of patients, participating either in (1) a symptom self-management training, or in (2) psychoeducation (a discussion group). In the sample under study the symptom self-management training turned out to be more effective than psychoeducation. Moreover, the level of knowledge acquisition was only slightly related to psychopathological symptoms severity in both groups, both at baseline and on the training completion.

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / trening / psychoedukacja

**Key words:** schizophrenia / training / psychoeducation

---

Czytelnik zainteresowany rozwojem metod rehabilitacji psychospołecznej niewątpliwie zauważy, że niniejsze badania są kolejnymi weryfikującymi skuteczność grupowych treningów umiejętności społecznych [1, 2, 3, 4]. Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii adaptuje stopniowo kolejne moduły treningów umiejętności społecznych, które powstały pod kierunkiem R.P.Libermana z UCLA w USA. Wprowadzanie pierwszych treningów – prowadzenia rozmowy i roz-

wiązywania problemów w kontaktach międzyludzkich – rozpoczęto w 1988 r. Następnie stworzono polskie wersje treningów samoobsługi i treningu umiejętności społecznych [9]. W latach 1990-1993 pod kierunkiem J. Meder badano skuteczność i przystosowano trening aktywnego udziału we własnej farmakoterapii. Wyniki badań opublikowano w 1995 r. [8]. Przeprowadzone badania potwierdziły skuteczność powyższych treningów w grupach osób przewlekle chorych na schizofrenię [5, 7, 8].

Przedstawione w niniejszej pracy badania są kontynuacją oceny efektywności treningu radzenia sobie z objawami choroby, które przeprowadzała Meder w latach 1996-1998 w Zakładzie Rehabilitacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii [10].

Oba treningi dotyczące aktywnego udziału pacjentów w leczeniu posłużyły za podstawę do opracowania zestawu treningów „Program powrotu do społeczeństwa”, którego ocena i przystosowanie ukończono w 2000 r. [11].

### TRENING RADZENIA SOBIE Z OBJAWAMI CHOROBY

Trening ten jest przeznaczony dla osób z zaburzeniami psychotycznymi, np. w przebiegu schizofrenii. Prowadzony jest technikami behawioralnymi, tj. przy użyciu: modelowania, informacji zwrotnych, odgrywania scenek, pozytywnych wzmocnień, powtarzania. Zawiera 4 zakresy umiejętności:

- rozpoznawanie zwiastunów nawrotu choroby,
- radzenie sobie ze zwiastunami nawrotu i opracowanie *Planu kryzysowego*,
- radzenie sobie z objawami przewlekłymi,
- unikanie alkoholu i narkotyków.

Pacjenci dowiadują się, jakie są najczęstsze zwiastuny i objawy przewlekłe w chorobach psychicznych, uczą się rozpoznawać i monitorować własne sygnały ostrzegawcze i objawy stale utrzymujące się, uczą się technik radzenia sobie z objawami choroby i uzyskiwania pomocy od bliskich i personelu służby zdrowia, poznają skutki picia alkoholu i brania narkotyków oraz sposoby unikania i odmawiania ich użycia. Na podstawie uzyskanych informacji pacjenci przy pomocy terapeutów opracowują *Plan kryzysowy*, czyli kolejne kroki, jakie należy podjąć, gdy objawy psychozy zaczynają się nasilać.

Trening radzenia sobie z objawami choroby odbywa się dwa razy w tygodniu po 45 minut i trwa 4 do 5 miesięcy.

### CEL

Celem tej pracy jest próba odpowiedzi na pytania:

- 1) Czy na poziom nabywanych umiejętności rozwiązywania problemów związanych z chorobą ma wpływ styl prowadzenia zajęć z pacjentami, tj. forma treningu behawioralnego lub psychoedukacji prowadzonej metodą dyskusyjną?
- 2) Na ile modyfikującą rolę w nabywaniu umiejętności radzenia sobie z problemami spełnia aktualny stan psychiczny pacjentów?

### BADANI PACJENCI

Do badań kwalifikowane były osoby: z rozpoznaniem schizofrenii wg ICD-10, w wieku 18-60 lat, chorujące co najmniej 5 lat, mające co najmniej dwie hospitalizacje w wywiadzie. Pacjenci zostali podzieleni na dwie grupy:

- *behawioralną* (GB), uczestniczącą w behawioralnym treningu radzenia sobie z objawami choroby, którego program został opisany powyżej,
- *psychoedukacyjną* (GP), uczestniczącą w dyskusyjnych zajęciach psychoedukacyjnych, podczas których poruszano te same tematy co w GB, jednak bez korzystania z behawioralnych technik uczenia.

Wszystkich pacjentów zbadano dwukrotnie: przed rozpoczęciem cyklu zajęć i po ich zakończeniu.

W badaniach korzystano z:

- „Kwestionariusza rozwiązywania problemów związanych z chorobą” (napisanego na podstawie *Symptom Self-Management Module Test* Libermana). Składa się on z dziewięciu sytuacji problemowych – w przypadku pięciu z nich zadaniem badanego jest określenie celu bohatera tej sytuacji, przeszkody stojącej na drodze do celu i podanie wszystkich możliwych rozwiązań tego problemu; w przypadku czterech pozostałych sytu-

acji zadaniem badanego jest jedynie podanie możliwych rozwiązań lub sposobu, w jaki należy się w takiej sytuacji zachować. W kwestionariuszu tym nie ma górnej granicy punktów, gdyż ich ilość zależy od liczby podawanych przez badanego rozwiązań.

- skali PANSS – do oceny nasilenia objawów psychopatologicznych.
- kwestionariusza danych demograficznych.

## OPIS BADANEJ GRUPY

W badaniach wzięło udział 26 mężczyzn i 21 kobiet, o średniej wieku 38 lat, średnim czasie chorowania prawie 15 lat i liczbie hospitalizacji – średnio 12. Szczegółowe informacje przedstawia tabl. 1. Badane grupy nie różnią się istotnie w zakresie zmiennych demograficznych.

Tablica 1. Opis badanej grupy – zmienne demograficzne

Zmienna	Grupa		Razem	Test (p)
	behawioralna	psychoedukacyjna		
Płeć (%):				
mężczyźni	15	11	26	
kobiety	9	12	21	0,312*
Wykształcenie (%):				
podstawowe/zawodowe	9	12	21	
średnie/wyższe	15	11	26	0,312*
Stan cywilny (%):				
kawaler/panna	19	18	37	
w związku (teraz lub w przeszłości)	5	5	10	0,94*
Współmieszkaniec (%):				
z rodziną pochodzenia lub sam	22	19	41	
z własną rodziną	2	4	6	0,352*
Wiek (średnia)	36,50	39,57	38,0	0,268**
Lata choroby (średnia)	14,54	15,39	14,96	0,719**
Liczba hospitalizacji (średnia)	10,96	13,26	12,09	0,346**

\* równoważność grup badano testem chi-kwadrat.

\*\*różnice między średnimi w grupach badano testem t-studenta.

## WYNIKI

### Nabywanie umiejętności rozwiązywania problemów związanych z chorobą

Aby odpowiedzieć na pierwsze pytanie stawiane w obecnej pracy, zastosowano analizę wariancji z powtarzanimi pomiarami. Porównano wyniki w „Kwestionariuszu rozwiązywania problemów..” (KRP) uzyskane przez osoby badane z grupy behawioralnej i psychoedukacyjnej.

Wyjściowo grupy nie różniły się istotnie pod względem umiejętności rozwiązywania problemów związanych z chorobą. Po zajęciach poziom badanych umiejętności wzrósł

w obu grupach i była to zmiana istotna statystycznie, przy czym wzrost ten był istotnie wyższy w grupie behawioralnej (tabl. 2, wykres 1).

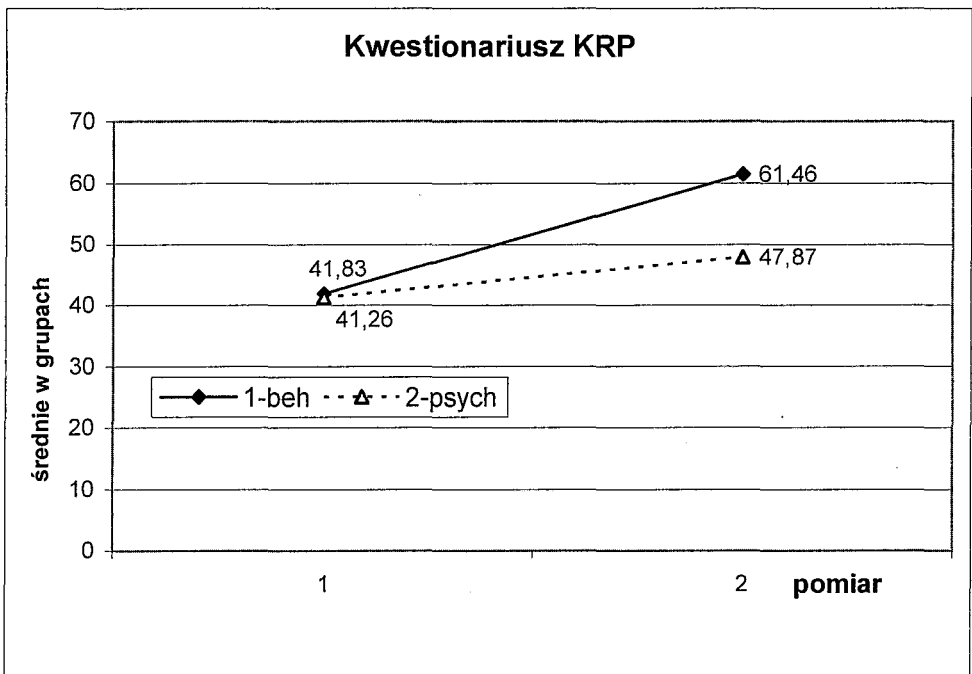
W dalszych obliczeniach wzięto pod uwagę następujące podskale KRP:

- KRP-cel – podskala badająca umiejętność określania celu w sytuacji problemowej,
- KRP-przeszkoda – bada umiejętność określania przeszkody w sytuacji problemowej,
- KRP-rozwiazania – mierzy umiejętność szukania rozwiązań w sytuacji problemowej.

Tablica 2. Analiza średnich wyników wg „Kwestionariusza rozwiązywania problemów”.

Średnie w grupach:	przed zajęciami	po zajęciach
behawioralnej	41,83	61,46
psychoedukacyjnej	41,26	47,87
łącznie - cała grupa	41,55	54,81
Analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami	Wynik testu (F)	Istotność (p)
różnice między grupami	3,76	0,059
różnice między pomiarami	72,18	0,00
efekty kontrastów interakcji czynników: grupa / pomiar	17,77	0,000
Różnice między grupami w poszczególnych pomiarach	Wynik testu t	Istotność (p)
przed zajęciami	0,14	0,887
po zajęciach	3,46	0,001
Różnice między pomiarami w poszczególnych grupach	Wynik testu t	Istotność (p)
behawioralna	7,20	0,000
psychoedukacyjna	4,86	0,000

Wykres 1. Nabywanie umiejętności rozwiązywania problemów związanych z chorobą



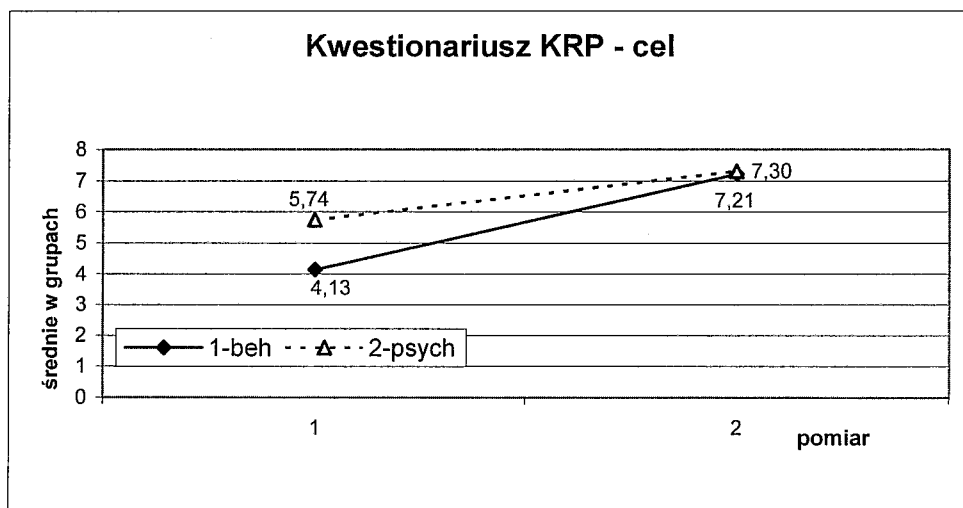
*KPR-cel* (tabl. 3, wykres 2). Grupy badane różniły się wyjściowo istotnie statystycznie pod względem umiejętności określania celu. Poziom tej zmiennej był przed zajęciami istotnie wyższy w grupie psychoedu-

kacyjnej. Natomiast po zajęciach istotnie się podniósł w obu grupach tak, że nie różniły się one od siebie pod tym względem. Oznacza to, że grupa behawioralna dokonała większego postępu.

Tablica 3. Analiza średnich wyników wg „Kwestionariusza rozwiązywania problemów - cele”

Średnie w grupach:	przed zajęciami	po zajęciach
behawioralnej	4,13	7,21
psychoedukacyjnej	5,74	7,30
łącznie - cała grupa	4,92	7,26
Analiza wariancji z powtarzaniem pomiarów	Wynik testu F	Istotność (p)
różnice między grupami	1,47	0,232
różnice między pomiarami	41,76	0,00
efekty kontrastów interakcji czynników: grupa / pomiar	4,45	0,04
Różnice między grupami w poszczególnych pomiarach	Wynik testu t	Istotność (p)
przed zajęciami	2,03	0,049
po zajęciach	0,12	0,904
Różnice między pomiarami w poszczególnych grupach	Wynik testu t	Istotność (p)
behawioralna	5,43	0,000
psychoedukacyjna	3,60	0,002

Wykres 2. Nabywanie umiejętności określania celu w sytuacji problemowej



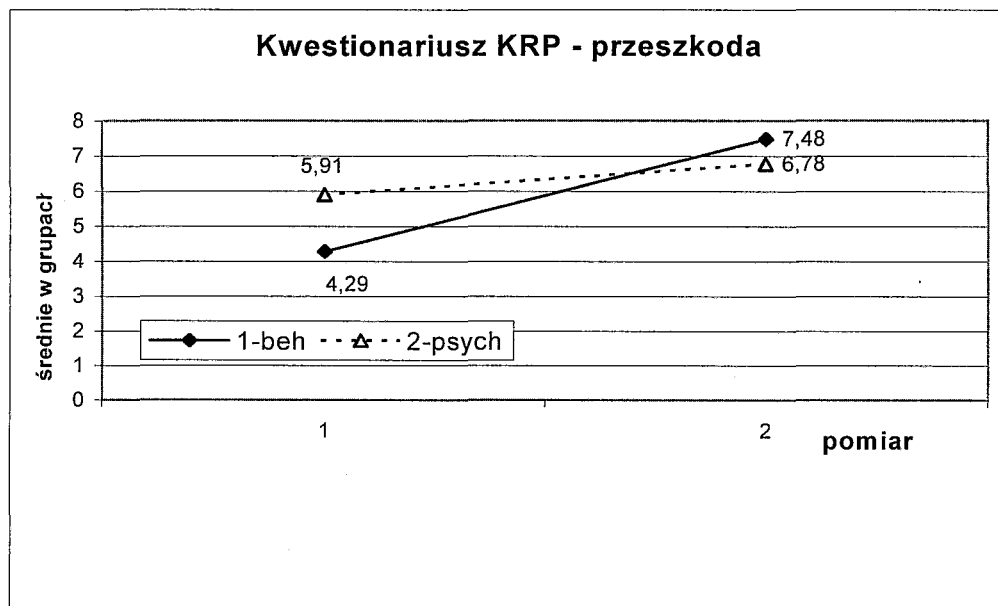
*KPR- przeszkoda* (tabl. 4, wykres 3). Umiejętność określania przeszkody w obu grupach przed zajęciami była na podobnym poziomie. Poziom tej umiejętności podniósł

się istotnie w obu grupach i nie stwierdzono między nimi istotnych różnic również po zakończeniu zajęć.

Tablica 4. Analiza średnich wyników wg „Kwestionariusza rozwiązywania problemów - przeszkody”

Średnie w grupach:	przed zajęciami	po zajęciach
behawioralnej	4,29	7,48
psychoedukacyjnej	5,91	6,78
łącznie - cała grupa	5,09	7,14
Analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami	Wynik testu F	Istotność (p)
różnice między grupami	0,42	0,521
różnice między pomiarami	37,99	0,00
efekty kontrastów interakcji czynników: grupa / pomiar	12,4	0,001
Różnice między grupami w poszczególnych pomiarach	Wynik testu t	Istotność (p)
przed zajęciami	1,95	0,058
po zajęciach	0,93	0,358
Różnice między pomiarami w poszczególnych grupach	Wynik testu t	Istotność (p)
behawioralna	6,07	0,000
psychoedukacyjna	2,23	0,036

Wykres 3. Nabywanie umiejętności określania przeszkody w sytuacji problemowej



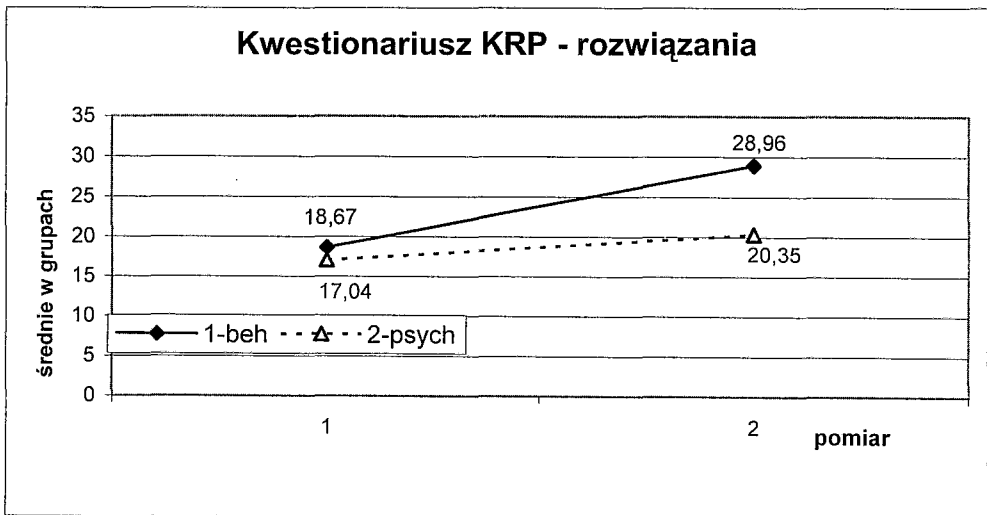
KPR- rozwiązanie (tabl. 5, wykres 4). Umiejętność wyszukiwania rozwiązań również była na podobnym poziomie przed zajęciami. Po zajęciach poziom tej umiejętno-

ści podniósł się istotnie w obu grupach, przy czym w grupie behawioralnej wzrost ten był istotnie wyższy.

Tablica 5. Analiza średnich wyników wg „Kwestionariusza rozwiązywania problemów – liczba rozwiązań”.

Średnie w grupach:	przed zajęciami	po zajęciach
behawioralnej	18,67	28,96
psychoedukacyjnej	17,04	20,35
łącznie – cała grupa	17,87	24,75
Analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami	Wynik testu F	Istotność (p)
różnice między grupami	7,8	0,008
różnice między pomiarami	46,84	0,000
efekty kontrastów interakcji czynników: grupa / pomiar	12,37	0,001
Różnice między grupami w poszczególnych pomiarach	Wynik testu t	Istotność (p)
przed zajęciami	0,78	0,44
po zajęciach	4,17	0,000
Różnice między pomiarami w poszczególnych grupach	Wynik testu t	Istotność (p)
behawioralna	5,99	0,000
psychoedukacyjna	3,49	0,002

Wykres 4. Nabywanie umiejętności szukania rozwiązań w sytuacji problemowej



### Zmiana stanu psychicznego badanych pacjentów

Poziom nasilenia objawów mierzony skalą PANSS obniżył się istotnie w obu badanych grupach. Przy czym przed zajęciami grupa psychoedukacyjna miała istotnie niższy poziom ich nasilenia. Także po zajęciach grupa psychoedukacyjna miała istotnie mniej objawów psychopatologicznych (tabl. 6, wykres 5).

### Nabywanie umiejętności a stan psychiczny pacjentów

Odpowiedzi na drugie pytanie udzielono obliczając współczynniki korelacji r-Pearsona między wynikami w Kwestionariuszu (KRP) a stanem psychicznym pacjentów wg skali PANSS. Tylko niektóre z nich były istotne statystycznie.

Po obliczeniu korelacji między tymi zmiennymi dla całej badanej grupy (GB+GP)

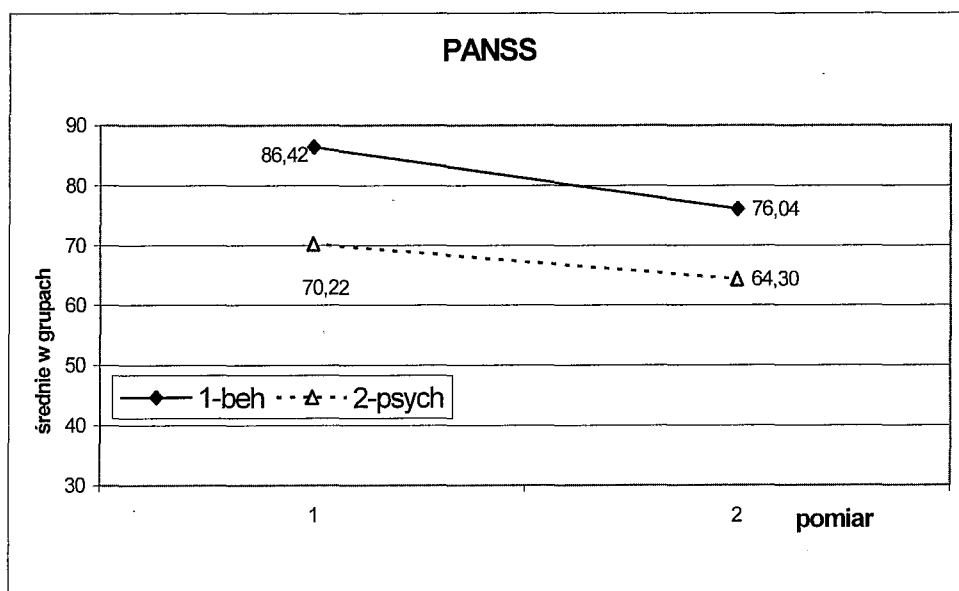
okazało się, że tylko jedna z nich jest istotna. Wykazano mianowicie w badaniu przed zajęciami słaby, negatywny związek między nasileniem objawów negatywnych a trafno-

ścią w określaniu przeszkody stojącej na drodze do celu w sytuacjach problemowych, przedstawionych pacjentom do rozwiązania w KRP ( $r=-0,298$ ,  $p=0,04$ )

Tablica 6. Analiza średnich ocen stanu psychicznego wg PANSS w porównywanych grupach i momentach pomiaru.

Średnie w grupach:	przed zajęciami	po zajęciach
behavioralnej	86,42	76,04
psychoedukacyjnej	70,22	64,30
łącznie - cała grupa	78,49	70,30
Analiza wariancji z powtarzanymi pomiarami	Wynik testu F	Istotność (p)
różnice między grupami	11,87	0,001
różnice między pomiarami	43,26	0,00
efekty kontrastów interakcji czynników: grupa / pomiar	3,25	0,078
Różnice między grupami w poszczególnych pomiarach	Wynik testu t	Istotność (p)
przed zajęciami	4,21	0,000
po zajęciach	2,55	0,014
Różnice między pomiarami w poszczególnych grupach	Wynik testu t	Istotność (p)
behavioralna	5,11	0,000
psychoedukacyjna	4,28	0,000

Wykres 5. Zmiana stanu psychicznego pacjentów – całkowity wynik PANSS



Gdy wzięto pod uwagę grupę pacjentów uczestniczących w treningu behavioralnym, korelacji (również ujemnych) między omawianymi zmiennymi było kilka:

– między całkowitym wynikiem w KRP w badaniu po odbytych zajęciach a nasileniem objawów pozytywnych mierzo-



nych skalą PANSS w tym samym czasie ( $r=-0,409$ ,  $p<0,05$ ),

- między trafnością określania celów w sytuacjach problemowych po zajęciach a nasileniem objawów pozytywnych w badaniu początkowym ( $r=-0,475$ ,  $p=0,02$ ),
- między trafnością w określaniu przeszkody stojącej na drodze do celu w badaniu końcowym a ogólnym wynikiem w skali PANSS przed ( $r=-0,45$ ,  $p=0,03$ ) i po zajęciach ( $r=-0,432$ ,  $p=0,03$ ) oraz nasileniem objawów pozytywnych po zajęciach ( $r=-0,44$ ,  $p=0,03$ ).
- W grupie uczestniczącej w zajęciach psychoedukacyjnych istotne, ujemne korelacje wystąpiły między:
  - całkowitym wynikiem w KRP w badaniu po odbytym cyklu zajęć a nasileniem objawów negatywnych w tym czasie ( $r=-0,419$ ,  $p<0,05$ ),
  - ilością rozwiązań sytuacji problemowych w badaniu końcowym a ogólnym wynikiem w skali PANSS w tym czasie ( $r=-0,475$ ,  $p=0,02$ ) oraz nasileniem objawów negatywnych przed ( $r=-0,466$ ,  $p=0,02$ ) i po zajęciach ( $r=-0,583$ ,  $p=0,003$ ),
  - ilością rozwiązań sytuacji problemowych w KRP w badaniu przed zajęciami a nasileniem objawów negatywnych po zajęciach ( $r=-0,44$ ,  $p=0,03$ ).

## OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Podstawowym pytaniem w obecnej pracy dotyczyło wpływu stylu prowadzenia zajęć (trening behawioralny czy psychoedukacja) na poziom nabywania umiejętności rozwiązywania problemów związanych z chorobą przez osoby przewlekle chore na schizofrenię. W badanej populacji poziom umiejętności, choć istotnie wzrósł w obu badanych grupach, to w grupie behawioralnej wzrósł bardziej niż w grupie psychoedukacyjnej. Stało się tak, mimo iż pacjenci uczestniczący w treningu, zarówno w badaniu początkowym jak i końcowym mieli istotnie bardziej

nasilone objawy choroby niż uczestnicy psychoedukacji. W związku z tym, efektywność treningu behawioralnego można uznać za tym bardziej znaczącą. Inni autorzy, porównujący skuteczność treningów umiejętności społecznych z innymi metodami pracy z osobami przewlekle chorymi na schizofrenię, również dowodzą większej skuteczności stosowania treningów u tych chorych [3, 6, 13].

Drugie pytanie dotyczyło modyfikującego wpływu aktualnego stanu psychicznego pacjentów na nabywanie umiejętności radzenia sobie z problemami związanymi z chorobą psychiczną. Gdy wzięto pod uwagę całą badaną populację pacjentów okazało się, że jedyna istotna statystycznie korelacja wystąpiła w badaniu przed zajęciami między nasileniem objawów negatywnych a trafnością w określaniu przeszkody w sytuacji problemowej. Przy podziale na grupy: behawioralną i psychoedukacyjną, stwierdzono występowanie zaledwie kilku istotnych korelacji. Uwagę zwraca tu jedynie fakt, iż w GB nie było istotnych korelacji między poziomem umiejętności a objawami ubytkowymi, natomiast w GP nie było takich korelacji z objawami wytwórczymi. Powyższe wyniki skłaniają do wyciągnięcia dwóch wniosków

Po pierwsze, stan psychiczny badanych pacjentów, mimo iż istotnie poprawił się w badaniu drugim w stosunku do pierwszego, miał stosunkowo ograniczony, czy też wybiórczy wpływ na nabywanie przez pacjentów wiedzy przekazywanej im zarówno podczas zajęć psychoedukacyjnych, jak i w czasie treningu behawioralnego. Wynik ten można tłumaczyć względnie dobrym stanem psychicznym pacjentów należących do obu badanych grup oraz sposobem prowadzenia zajęć, dostosowanym do osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi.

Po drugie, behawioralne techniki uczenia, zgodnie z założeniami autorów treningów umiejętności społecznych, okazały się bardziej efektywne w przypadku pacjentów

z przewagą objawów negatywnych, gdyż objawy pozytywne zdają się nieco bardziej utrudniać nabywanie nowej wiedzy. Natomiast psychoedukacja prowadzona metodą dyskusji może lepiej zdać egzamin w grupie chorych z niewielką przewagą objawów pozytywnych nad negatywnymi, przy założeniu, że jedne i drugie będą stosunkowo słabo nasilone.

Niemal identyczne wyniki uzyskali w swojej pracy Eckman i wsp. [3] porównując umiejętności radzenia sobie z objawami choroby osób uczestniczących w treningu radzenia sobie z objawami choroby z chorymi uzyskującymi pomoc w ramach grupowej terapii podtrzymującej. W badaniu końcowym umiejętności tych ostatnich były istotnie mniejsze. Ponadto w grupie treningowej nie stwierdzono związku między wyjściowym poziomem psychopatologii a ilością wiedzy nabytej podczas zajęć. Dowodziło to, że techniki uczenia stosowane podczas treningów umiejętności pozwalają przezwyciężyć trudności w uczeniu się pacjentów wynikające z objawów choroby. Analogiczne wyniki uzyskali Mueser i wsp. [12].

## WNIOSKI

1. Trening radzenia sobie z objawami choroby okazał się skuteczniejszą metodą uczenia pacjentów rozwiązywania problemów związanych z chorobą niż psychoedukacja prowadzona metodą dyskusji.
2. Poziom nabywania wiadomości miał niewielki związek z poziomem nasilenia objawów psychopatologicznych w obu grupach, zarówno w badaniu początkowym jak i końcowym. Wyniki mogą wskazywać jedynie na większą przydatność treningów behawioralnych u pacjentów z przewagą objawów negatywnych, a psychoedukacji u pacjentów z objawami pozytywnymi.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bellack AS, Hersen M, Turner SM. Generalization effects of social skills training with chronic schizophrenics: an experimental analysis. *Behav Res & Therapy* 1976; 14: 391-8.
2. Dobson DJG, McDougall G, Busheikin J, Aldous J. Effects of social skills and social milieu treatment of symptoms of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1995; 46: 376-80.
3. Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Jonston-Cronk K, Zimmermann K, Mintz J. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1549-55.
4. Halford WK, Hayer RL. Social skills in schizophrenia: assessing the relationship between social skills, psychopathology and community functioning. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; 30: 14-9.
5. Kołaczek A, Meder J, Stańczak T. Ocena efektów treningów samoobsługi, prowadzonych w grupie wieloletnich pacjentów Szpitala w Tworkach. W: *Psychiatria środowiskowa*. Pruszków; 1993: 69-72.
6. Liberman RP, Fuller TR. Generalizacja treningów umiejętności społecznych w schizofrenii. W: Meder J, red. *Rehabilitacja przewlekłych chorych psychicznie*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000.
7. Meder J, Elbanowski J, Morawiec M, Orzechowska Z, Pakuła Z, Sawicka M, Wachowiak B. Ocena skuteczności treningu prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów w kontaktach międzyludzkich u chorych na schizofrenię. *Post Psychiatr Neurol* 1995; 2: 415-21.
8. Meder J. Aktywny udział pacjentów w leczeniu farmakologicznym. Warszawa: Fundacja IPiN; 1995.
9. Meder J, red. *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Warszawa: Wyd Naukowe SCHOLAR; 1996.

10. Meder J. Ocena efektów zastosowania treningu radzenia sobie z objawami choroby w rehabilitacji pacjentów chorych na schizofrenię (w druku).
11. Meder J, Kasperek B, Spiridonow K. Program powrotu do społeczeństwa (w druku).
12. Mueser KT, Bellack AS, Douglas MS, Wade JH. Prediction of social Skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. *Psychiatry Res* 1991; 37: 281-96.
13. Sawicka M, Meder J. Kompleksowa rehabilitacja pacjentów przewlekle chorych na schizofrenię jako źródło zmian w zachowaniu i życiu emocjonalnym - wyniki wstępne. *Post Psychiatr Neurol* 1996; 5: 393-9.

*Adres: Mgr Katarzyna Spiridonow, Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii,  
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*